В 83-66
450

АЛКОГОЛИЗМ

(руководство для врачей)

Под редакцией

академика АМН СССР профессора
Г. В. МОРОЗОВА.

профессора
В. Е. РОЖНОВА.

кандидата медицинских наук
Э. А. БАБАЯНА

Москва «Медицина» 1983

Эти две классификации имеют много общего, и мы остановимся на одной из них. Классификация Исследовательской группы ВОЗ включает: 1) изменения поведения; 2) изменения субъективного состояния; 3) изменения психобиологического состояния.

Изменения поведения характеризуются следующими признаками.

1. Употребление спиртных напитков больными алкоголизмом перестает соответствовать принятым в данной среде нормам количества и времени их приема. Поскольку традиции употребления спиртных напитков в отдельных странах и местностях очень различны, какие-либо универсальные показатели установить трудно.

2. Употребление алкоголя ежедневно в количествах, превышающих «определенные пределы».

3. Уменьшение вариабельности в употреблении алкоголя. Например, человек не способен отказаться от выпивки в первую половину дня, что вступает в противоречие с этическими нормами социальной среды. Крайнее выражение этого признака: человек может или полностью воздерживаться от спиртных напитков, или «злостно и круглосуточно» злоупотреблять ими.

4. Изменения поведения могут состоять также в неспособности больного алкоголизмом прекратить злоупотребление спиртными напитками, несмотря на такие тяжелые последствия, как соматические поражения, разрыв семейных отношений, экономические затруднения и принудительные санкции.

Изменение субъективного состояния проявляется следующими признаками.

1. Больной пытается пить немного, но каждый раз оказывается неспособным контролировать дозу алкоголя.

2. Больной может ощущать непреодолимое желание выпить, особенно в трудной житейской ситуации.

3. Влечение к алкоголю может не быть непреодолимым, но проявляться в виде «сосредоточенности на выпивке», в воспоминаниях о сценах употребления алкоголя или в обдумывании планов выпивки.

Изменения психобиологического состояния включают в себя следующие признаки.

1. «Синдром воздержания» от алкоголя со всеми характерными расстройствами: тремором, беспокойством и т. п. вплоть до развития алкогольного психоза.

2. Употребление алкоголя с целью облегчения «синдрома воздержания».

3. Повышенная толерантность к алкоголю.

В изложенной выше схеме авторы стремились максимально упростить распознавание алкоголизма и не включили в нее более тонкие критерии клинической дифференцировки, в

частности, позволяющие выделять различные по тяжести и индивидуальным особенностям клинические варианты алкоголизма.

Таким образом, в результате дальнейшей клинической разработки этой проблемы предстоит создать классификацию, определяющую как стадию, так и форму течения алкоголизма. Форму течения могут обусловить прогредиентность и некоторые другие критерии.

КЛИНИКА АЛКОГОЛИЗМА

Симптомы и синдромы при алкоголизме

До настоящего времени еще недостаточно разработана синдромальная оценка того или иного состояния больного алкоголизмом. Отсутствуют однозначные определения, позволяющие квалифицировать статус больного. Например, диагностика наиболее значимого расстройства — абстинентного синдрома — не позволяет определить множество сопутствующих симптомов, не входящих в его структуру. Это относится к таким важным признакам алкоголизма, как толерантность к алкоголю, характер опьянения, форма злоупотребления алкоголем, алкогольные амнезии. Таким образом, даже диагностика похмельного синдрома еще не определяет статус на момент обследования. Большинство встречающихся при алкоголизме расстройств пока удается обозначать только как отдельные симптомы, поэтому клинические проявления алкоголизма описываются в основном при помощи симптоматического подхода.

Патологическое влечение к алкоголю

С психиатрических позиций патологическое влечение к алкоголю — прежде всего активное стремление больных алкоголизмом к употреблению спиртных напитков как психопатологический феномен. Еще Бриль-Крамер (1819), а в последующем П. И. Ковалевский (1892) и некоторые другие отечественные клиницисты описывали формирование патологического влечения к алкоголю у психически здоровых лиц, многие годы злоупотребляющих спиртными напитками. Однако долго преобладало представление о патологическом влечении к алкоголю как о признаке дипсомании, которая рассматривалась вне рамок алкоголизма либо как самостоятельное заболевание, либо как симптом скрытой эпилепсии или циклотимии, либо как элемент фазных состояний у лиц с психопатиями или признаками органического поражения ЦНС.

Хронический алкоголизм наряду с дипсоманией фигурировал в клинических классификациях, однако описывались

скорее последствия злоупотребления алкоголем (психозы, соматические и неврологические поражения), чем проявления алкоголизма как таковые. Предыдущий этап злоупотребления спиртными напитками освещался скупо, с социально-психологических, но не с клинических позиций. Стремление того или иного лица к алкоголю рассматривалось здесь, в отличие от дипсомании, не как позитивный клинический симптом, а как негативный, дефицитарный признак ослабления воли, неспособность противостоять дурной привычке. Это накладывало определенный фаталистический отпечаток на отношение врачей к лицам, злоупотребляющим алкоголем.

Таким образом, отсутствие цельного представления об алкоголизме как самостоятельной нозологической форме препятствовало формированию и правильного понимания патологического влечения к алкоголю. Это понятие разрывалось на две части. Случаи наиболее тяжелого, интенсивного и феноменологически несомненного патологического влечения к алкоголю расценивались с позиций дипсомании. Случаи менее выраженного влечения, которое к тому же маскировалось ситуационными факторами, относили к социальным явлениям и подход к ним с психиатрических позиций был крайне затруднителен. Подобным образом данная проблема освещалась в большинстве наиболее авторитетных учебников психиатрии и руководств XIX и начала XX века, например, Р. Крафт-Эбинга (1897) и Э. Крепелина (1912).

Разрыв между понятиями дипсомании и социально обусловленного злоупотребления алкоголем был ликвидирован теми авторами, которые описывали возникновение запойных (дипсоманических или псевдодипсоманических) состояний в рамках алкоголизма на поздних его этапах, а не в рамках других нозологических форм [Суханов С. А., 1906; Wingfield H., 1919, и др.]. В результате патологическое влечение к алкоголю стали рассматривать комплексно, со всем разнообразием проявлений, обусловленных этапом алкоголизма, индивидуальными особенностями больного, разновидностью состояния, в котором возникает патологическое влечение к алкоголю и т. д.

Одной из первых классификаций, отражающей этот подход к типологии патологического влечения к алкоголю, была классификация K. Ernst (1933). Он разделил патологическое влечение к алкоголю на первичное и вторичное. Первичное влечение проявляется до алкогольного эксцесса и характерно для быстро возникающей и прогрессирующей «алкогольной наркомании». Вторичное влечение возникает во время алкогольного эксцесса и наблюдается у лиц с «алкоголизмом», развившимся после многих лет употребления больших количеств спиртных напитков. Эти термины весьма прочно закрепились в наркологии, хотя больше используются не для выделения клинических форм алкоголизма, а для обозначения двух вариантов влечения к алкоголю, которые могут возникать в различных состояниях (до и во время алкогольного эксцесса) у одного и того же больного.

Обоснованность разделения патологического влечения к алкоголю на варианты особенно четко обнаруживается при попытках рассмотреть алкоголизм с тех же позиций, что и наркомании. В клинике наркоманий существование психической и физической зависимости, аналогичных первичному влечению и стремлению к опохмелению при алкоголизме, выявляется особенно наглядно. В клинике алкоголизма эти закономерности значительно более замаскированы. Однако С. Г. Жислин (1931), M. Victor, R. Adams (1953) и другие авторы доказали, что при алкоголизме, как и при наркоманиях, целесообразно выделять абстинентный (похмельный) синдром в качестве самостоятельного вида болезненных расстройств. В работах И. В. Стрельчука (1949, 1966), P. Fouquet (1955), D. Cameron (1971) и других авторов детально описано первичное влечение к спиртным напиткам, или психическая зависимость от алкоголя. В конечном итоге оказалось, что и абстинентное состояние, и первичное влечение к алкоголю характеризуются определенными расстройствами и четкой динамикой. Были выделены клинические варианты абстинентного синдрома и первичного влечения к алкоголю для различных стадий и форм алкоголизма.

К середине XX века целесообразность выделения тех же, что и при наркоманиях, вариантов патологического влечения к спиртным напиткам стала для большинства специалистов очевидной. Об этом свидетельствует классификация патологического влечения к алкоголю, принятая Комитетом экспертов ВОЗ (1955). Патологическое влечение к алкоголю было разделено на: а) психологическую потребность в алкоголе; б) физическую потребность в устранении похмельных симптомов; в) физическую потребность в алкоголе, которая возникает в результате физиологических расстройств, обусловленных нарушением метаболизма, эндокринных функций и т. д.

E. Jellinek (1960) подошел к этому вопросу с других позиций. Он описал 2 психопатологических феномена: утрату контроля (lost of control) и неспособность воздержаться от алкоголя (inability to abstain). В первом случае, если больной начал пить, то он уже не может остановиться и доводит себя до выраженного опьянения, хотя до выпивки, будучи трезвым, мог и не испытывать большого желания выпить. Во втором случае при постоянном употреблении алкоголя с относительно сохранной способностью контролировать его количество больной не может не принять очередную дозу алкоголя, так как у него разовьются абстинентные явления. В отечественной литературе второе определение не приви-

лось, по-видимому, из-за прочно укоренившегося понятия об абстинентном синдроме, обязательно включающем опохмеление. В то же время термин «утрата количественного контроля» занял довольно прочное место.

Таким образом, в современных типологических схемах выделяют 3 основных варианта патологического влечения к алкоголю: первичное влечение, утрату количественного контроля и стремление к опохмелению в рамках абстинентного синдрома. Во всех классификациях, включая классификацию Исследовательской группы ВОЗ (1978), имеются аналогичные рубрики. Ни один из указанных вариантов не стал доминирующим в диагностическом отношении, хотя С. Г. Жислин (1965) предлагал, например, наиболее значимым признаком считать потребность в опохмелении в структуре абстинентного синдрома, E. Jellinek (1960) — утрату количественного контроля, а И. В. Стрельчук (1966) — первичное патологическое влечение к алкоголю.

Разделение патологического влечения на 3 варианта облегчает решение диагностических и терапевтических задач. Оно, например, соответствует установившимся в отечественной литературе критериям стадий алкоголизма: первичное патологическое влечение и утрата количественного контроля свидетельствуют о I стадии; присоединение потребности в опохмелении в рамках абстинентного синдрома указывает на формирование II стадии. Неравномерная выраженность этих разновидностей влечения позволяет некоторым авторам выделять варианты течения алкоголизма, например альфа-, гамма- и дельта-алкоголизм в соответствии с классификацией E. Jellinek (1960), или группы "alcooloses" и "alcoolites" в соответствии с классификацией P. Fouguet (1955).

Вместе с тем абсолютизация этих вариантов влечения также нецелесообразна, так как лишает клинициста диагностической и терапевтической гибкости. И. В. Стрельчук (1973) напоминает об определенной искусственности этой классификации. Указанные виды патологического влечения к алкоголю определяются не какими-либо принципиальными различиями механизма их возникновения, скорее различными состояниями, в которых оно проявляется. Особенно нечетки границы между первичным патологическим влечением и утратой количественного контроля. Разница состоит в основном в облегченной реализации влечения к алкоголю в состоянии опьянения по сравнению с таковым вне опьянения. Трудно разграничить первичное патологическое влечение к алкоголю и «отставленное» опохмеление при постоянной форме злоупотребления спиртными напитками без выраженной утраты контроля. Едва ли можно абсолютно точно оценить с этих позиций механизм возникновения у больных в период, например, тяжелого запоя, выраженных состояний опьянения и сказать, связаны ли они с утратой количественного контроля или с передозировкой алкоголя при стремлении снять абстинентные явления.

Возможен и иной подход к патологическому влечению к алкоголю. Так, И. В. Стрельчук (1973) полагает, что наиболее целесообразно разделять патологическое влечение к алкоголю (независимо от состояния, в котором оно проявляется) по тяжести на легкое, среднее и тяжелое. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) ввели в свою клиническую схему понятия обсессивного и компульсивного влечения так же независимо от того, в каком состоянии проявляется влечение. В классификации исследовательской группы ВОЗ (1978) к влечению к алкоголю подходят с позиции изменений либо субъективного состояния, либо поведения. Тем не менее деление влечения к алкоголю на первичное и вторичное наиболее распространено. В соответствии с принятой схемой мы выделяем: 1) влечение первичное, не связанное ни с опьянением, ни с абстиненцией (соответствует психической зависимости от алкоголя); 2) влечение вторичное, подразделяющееся на: а) утрату количественного контроля и б) стремление к опохмелению (соответствует физической зависимости от алкоголя).

Первичное патологическое влечение к алкоголю и утрата количественного контроля рассматриваются в самостоятельных разделах, а стремление к опохмелению — в разделе, посвященном абстинентному синдрому.

Первичное патологическое влечение к алкоголю не связано (в отличие от вторичного) с присутствием в организме алкоголя или продуктов его метаболизма и проявляется либо в перерывах между алкогольными эксцессами, либо в ремиссиях, нередко приводя к возобновлению злоупотребления алкоголем и развитию рецидивов.

Особый интерес к первичному патологическому влечению к алкоголю как к клиническому феномену появился, во-первых, в связи с более тщательным клиническим изучением легких форм алкоголизма и историй болезни, касающихся ранних этапов алкоголизма. Оказалось, что первичное патологическое влечение к алкоголю — один из наиболее ранних и стойких признаков алкоголизма, хотя его выявление и оценка по ряду причин трудна для клинициста. Во-вторых, совершенствование в СССР системы медицинского обслуживания больных алкоголизмом позволило более тщательно наблюдать за их состоянием в ремиссиях при длительном поддерживающем лечении.

Обнаружилась особая значимость этого симптома с точки зрения диагностики и терапии алкоголизма. Так, первичное патологическое влечение к алкоголю без абстинентных явлений с потребностью в опохмелении является наиболее информативным признаком для диагностики I стадии алкоголизма. Актуализация патологического влечения к алкоголю

в ремиссиях может рассматриваться как ключ к пониманию механизмов развития рецидивов. Возможности воздействия на первичное патологическое влечение в ремиссиях определяют методы профилактики рецидивов, а, следовательно, повышают эффективность лечения.

Трудности раннего выявления алкоголизма клиницисты объясняют отсутствием надежных критериев для обнаружения первичного влечения к алкоголю. Неудовлетворительные результаты длительного применения с целью профилактики рецидивов некоторых препаратов объясняются наряду с прочими причинами различными видами первичного влечения к алкоголю, требующими дифференцированного подхода и назначения раздичных медикаментов. Более того, предполагается, что для разных больных с теми или иными вариантами первичного влечения к алкоголю необходим акцент на различных видах профилактических мероприятий: биологических, психотерапевтических или социально-реабилитационных.

Тем не менее общепризнанной клинической классификации первичного влечения к алкоголю нет. Предлагаемые различными авторами схемы гораздо более противоречивы, чем схемы, например, клинических вариантов абстинентного синдрома или формы злоупотребления алкоголем. Первичное патологическое влечение к алкоголю наиболее принято подразделять: по тяжести (легкий и тяжелый варианты); по выраженности влечения и наличию или отсутствию компонента борьбы мотивов (обсессивное и компульсивное); по возможности преодоления больным влечения («одолимое» и «неодолимое»); по «охваченности» больного влечением (парциальное и генерализованное); по характеру проявления — постоянное и периодическое (пароксизмальное); по сопутствующим актуализации влечения психопатологическим и соматическим нарушениям; по связи с ситуационными моментами (ситуационно обусловленное и возникающее спонтанно).

По мнению И. В. Стрельчука (1973), о первичном влечении к алкоголю свидетельствуют следующие признаки: изменения мимики, преимущественно ее оживление при воспоминании о спиртных напитках; аффективные нарушения, «нервозность» или пониженное настроение; вегетативно-рефлекторные проявления, особенно выраженные перед едой (повышенное слюноотделение, глотательные движения, чувство «сжимания» или «сосания» в желудке, вплоть до ощущений вкуса и запаха спиртных напитков). Все мысли больных сконцентрированы на алкоголе, они вспоминают прежние алкогольные эпизоды, обдумывают планы выпивки и т. д. Характерны сновидения со сценами пьянства. При более легком варианте патологического влечения к алкоголю все эти признаки проявляются менее интенсивно. Больной

может отказаться от употребления алкоголя, если этого требуют обстоятельства, переключиться с мыслей о спиртных напитках на деловые интересы или развлечения. При более сильном и тяжелом варианте влечение к алкоголю «бывает настолько сильным, что все другие интересы отодвигаются на задний план».

E. Jellinek (1960) описал проявления первичного влечения к алкоголю, проанализировав состояние больных в промежутке между запоями. В отличие от интенсивного влечения, которое обнаруживается во время запоя, здесь явной «тяги» к спиртным напиткам нет. Если доступ к алкоголю затруднен, то больные могут долго воздерживаться от него. Это бывает при многомесячном пребывании таких лиц в больнице, когда они не получают медикаментов, уменьшающих влечение к спиртным напиткам. Больные часто не обнаруживают признаков сожаления или огорчения из-за того, что они лишены алкоголя. Тем не менее у них происходит открытая или скрытая «аккумуляция напряжения», желание каких-то иных ощущений. При появлении благоприятных ситуаций больные вновь прибегают к алкоголю, несмотря на формальное понимание губительности испытанных на себе последствий злоупотребления спиртными напитками. В этот момент больные убеждены в том, что «остановятся» после двух-трех рюмок, ощутив желанную эйфорию.

В последние годы ведутся поиски такого клинического подхода к первичному влечению к алкоголю, который позволил бы не только оценивать тяжесть влечения, но и выделять клинические варианты для дифференцированной терапии.

В одной из распространенных типологических схем патологическое влечение к алкоголю разделяется на обсессивное и компульсивное [Портнов А. А., 1959, и др.]. Во многом эта схема также исходит из принципа выделения легкого и тяжелого вариантов, но для большей четкости понятий привлечены дополнительные критерии. Обсессивное влечение имеет оттенок навязчивости (при этом варианте больной пытается с ним бороться). Компульсивное влечение неудержимое по интенсивности сравнимо с голодом или жаждой. Больные не пытаются бороться с компульсивным влечением, потребность в алкоголе делается как бы своеобразной патологической стороной их личности.

Правомерность использования терминов «обсессивное» и «компульсивное» влечение к алкоголю многократно обсуждалась в отечественной и зарубежной психиатрической литературе [Стрельчук И. В., 1966; Пятов М. Д., Альтшулер В. Б., 1974]. Аргументы противников в основном сводились к следующему. Сам термин «обсессивное (навязчивое) влечение» иногда используется в общей психиатрии, но не очень удачен, так как в понятия «навязчивости» и «патологические

влечения» (к последним относится, в частности, дипсомания) вкладывалось разное содержание. Навязчивости относятся к явлениям, абсолютно чуждым личности, противоположным мировоззрению или этическим установкам, сопровождаются осознанием их нелепости, ассоциируются со сферой идей или мыслей человека, в основном не реализуются. Различные виды влечения к алкоголю исходят (полностью или частично) из мировоззрения или этических установок больного, органичны им, ассоциируются со сферой желаний, потребностей и, как правило, реализуются.

Несмотря на сомнения в целесообразности термина «обсессивное» влечение к алкоголю, выделение варианта, при котором больной пытается бороться с этим влечением, оправдано. Некоторые авторы предлагают выделять подобный вариант влечения, но называть его по-другому. М. Д. Пятов и Б. В. Альтшулер применяют термин «обсессивно-подобное» влечение. В глоссарии по алкоголизму и алкогольным психозам [Качаев А. К и др., 1976] используется следующее название: «первичное влечение к алкоголю с борьбой мотивов (при выборе решения «пить или не пить»)». Термины «компульсивное» (неодолимое) влечение к алкоголю (англ. "compulsive"—«принудительное») и «обсессивное» влечение некоторых авторов вызывают возражения. Так, E. Jellinek (1960) отметил, что говорить о неодолимом влечении к алкоголю перед алкогольным эксцессом вообще нельзя. Даже во время тяжелого запоя, когда есть действительно настоятельная потребность в опохмелении, больной прибегает к алкоголю как к привычному средству облегчить свое состояние, но готов отказаться от него в пользу другого, более эффективного.

Неодолимость влечения не постоянно сопровождает алкоголизм у того или иного больного, она появляется тогда, когда общество ставит препятствия для реализации этого влечения и исчезает при устранении препятствия. Тем не менее термин «компульсивное», или неодолимое, влечение сохраняет свою целесообразность при обозначении некоторых наиболее тяжелых случаев первичного патологического влечения к алкоголю.

Понятия «обсессивное» и «компульсивное» влечение пытались заменить другими более адекватными, по мнению предлагающих их авторов. Так, И. В. Стрельчук и В. Б. Альтшулер (1978) предложили термины «парциальное» и «генерализованное» влечение к алкоголю, поскольку при парциальном влечении нет полной охваченности больного этим патологическим явлением, сохраняются критическое отношение и способность к борьбе с ним. При генерализованном влечении этот болезненный феномен влияет на всю психическую деятельность в целом, определяя формирование «алкогольного» мировоззрения с целой системой рационального объяснения, почему больной пьет. Эта классификация позволяет проводить дифференцированное лечение медикаментозными средствами. Первичное патологическое влечение также подразделяют на постоянное и периодическое в тесной связи с постоянной и периодической формами злоупотребления алкоголем. Однако постоянное влечение к алкоголю как самостоятельный вариант практически не выделяется, а периодически возникающее (пароксизмальное) влечение отмечено многими авторами [Стрельчук И. В., 1949; Amark C., 1955, и др.].

Периодическому варианту первичного патологического влечения к алкоголю часто сопутствует периодическое возникновение соматовегетативных или психопатологических расстройств. Состояния с таким сочетанием болезненных нарушений обнаружены при изучении клиники ремиссии. В частности, И. Н. Пятницкая (1960), С. С. Либих (1963) и ряд других авторов, описали в ремиссиях так называемые псевдоабстиненции: эпизоды вегетативных и психопатологических расстройств, сходных с таковыми в абстинентных состояниях. Резко обостряющееся в этих случаях влечение к алкоголю обычно приводит к рецидиву. Другие авторы считают, что обострение патологического влечения в ремиссиях возникает при развитии аффективных, неврозоподобных или психопатоподобных расстройств [Короленко Ц. П., Бочкова Г. И., Скоробогатов Ю. Р., 1973; Иванец Н. Н. с соавт., 1977, и др.]. По психопатологической структуре эти состояния тесно коррелируют с личностными особенностями больных [Небаракова Т. П., 1977; Новиков Е. М., 1977].

Некоторые авторы клинические варианты первичного патологического влечения к алкоголю рассматривают во взаимосвязи с влиянием внешней среды на больных. Эту взаимосвязь во многом определяют клинические особенности первичного влечения к алкоголю у конкретного лица. Так, в соответствии с данными А. Г. Гофмана (1964) и других исследователей, легкие варианты первичного патологического влечения к алкоголю значительно больше связаны с ситуационными моментами, чем тяжелые. В более тяжелых случаях оно актуализируется спонтанно, аутохтонно, нередко циклически.

Н. Н. Иванец и А. Л. Игонин (1979) изучили значение 27 социально-психологических факторов, актуализирующих первичное патологическое влечение к алкоголю и, соответственно, провоцирующих злоупотребление спиртными напитками; 10 из них были отнесены к «индивидуальным», 7—к «семейно-бытовым», 10—к «связанным с окружением на производстве». Оказалось, что для больных с тем или иным типом личности эти факторы играют различную роль.

При синтонном типе наиболее актуальными были внешние моменты, связанные с так называемыми типичными

алкогольными ситуациями, которые традиционно предполагают употребление спиртных напитков: встречи с давними приятелями, выпивки по окончании рабочего дня, получение зарплаты, примечательные события на производстве, фактор «конца недели», командировка, отпуск. Индивидуальные факторы играли относительно меньшую роль. Для больных неустойчивого типа ситуационные моменты имели еще большее значение в актуализации патологического влечения к алкоголю. Так, встреча с давними приятелями отмечалась в 75,5% случаев (для больных синтонного типа — в 61,4% случаев). Особенно заметной была разница по фактору ослабления контроля со стороны близких (у синтонных больных он был значимым в 14%, у неустойчивых — в 34,7% случаев). Индивидуальные моменты почти не имели значения для этих больных.

В двух следующих группах больных факторы, обозначенные как «индивидуальные», играли гораздо большую роль. У больных астенического типа обнаружена особенно четкая связь обострения патологического влечения к алкоголю с раздражительностью и чувством тревоги. Последний фактор, например, отмечен в 42,5% случаев (в среднем по всем больным — в 15,6%). Усиление патологического влечения к алкоголю было часто связано с производственными неприятностями, затруднениями и ссорами в семье. Наоборот, указанные выше типичные алкогольные ситуации занимали относительно небольшое место.

У больных возбудимого типа из индивидуальных факторов почти всегда обострению патологического влечения к алкоголю сопутствовала раздражительность. Другие индивидуальные моменты играли меньшую роль. Из микросоциальных факторов большое значение имели ссоры в семье. «Типичные алкогольные ситуации» также довольно часто усиливали патологическое влечение к алкоголю.

Возвращаясь к вопросу о клинических вариантах патологического влечения к алкоголю, можно предложить следующую типологическую схему с попыткой учесть как переход от легких к тяжелым его разновидностям, так и параллельные варианты, зависящие от индивидуальных особенностей больных алкоголизмом.

1. Симптом ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю. Влечение к спиртным напиткам возникает лишь в ситуациях, традиционно связанных с возможностью выпить (семейные, имеющие отношение к профессиональной деятельности и т. д.).

2. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов. Влечение к спиртным напиткам возникает не только ситуационно, но и спонтанно, четко ощущается

или осознается. Больной пытается бороться с желанием выпить.

3. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов. Влечение к спиртным напиткам возникает спонтанно, но в противоположность 2-й форме не осознается. Больные пытаются объяснить употребление алкоголя различными привходящими моментами, создающими повод для выпивки.

4. Симптом неодолимого первичного патологического влечения к алкоголю. Влечение к спиртным напиткам возникает спонтанно и сразу же достигает такой интенсивности, что приводит к немедленному употреблению алкоголя. По интенсивности его можно сравнить с голодом или жаждой.

Патологическое влечение к алкоголю в опьянении (утрата или потеря количественного контроля) представляет собой неспособность больного алкоголизмом ограничиться небольшим количеством спиртных напитков. Первые дозы алкоголя вызывают интенсивное влечение к нему, в связи с чем больной напивается до выраженного опьянения. Утрата количественного контроля наряду со стремлением к опохмелению относится к вторичному влечению к алкоголю, хотя последний термин не используется постоянно. Из некоторых терминов, обозначающих этот феномен, основным стало «патологйческое влечение к алкоголю в опьянении», хотя употребляется и «утрата (потеря) контроля». Первый термин удачнее, поскольку, как правильно отмечается в докладе исследовательской группы ВОЗ (1978), во многих случаях речь идет не об утрате, а об ослаблении количественного контроля.

Склонность больных алкоголизмом «терять меру» после небольшой дозы спиртного была отмечена очень давно [Корсаков С. С., 1901; Коровин А. М., 1910, и др.], однако до последних десятилетий этот признак рассматривался как рядовой, служащий вместе с другими для описания поведения больных алкоголизмом. Современное, квалифицированное значение он приобрел лишь после работ E. Jellinek. В динамической классификации алкоголизма, разработанной E. Jellinek в 1946 г., понятие «утраты контроля» служило главным признаком перехода алкоголизма от продромальной фазы к критической. В 1960 г. E. Jellinek использовал понятие «утрата контроля» наряду с понятием «невозможность воздержаться от алкоголя» для дифференцировки двух главных форм алкоголизма, обозначенных греческими буквами гамма и дельта. Мнения отечественных специалистов о клиническом содержании понятия «утрата контроля» и о месте этого симптома в клинической классификации алкоголизма весьма различны. Так, с точки зрения С. Г. Жислина

(1965) «...явления потери контроля, играющие большую роль в возникновении алкогольных рецидивов и запоев, несомненно отвечают влиянию клинической реальности. Они не могут, однако, иметь значение в качестве самостоятельных критериев хронического алкоголизма...» Отсутствие самостоятельного диагностического значения утраты контроля как варианта патологического влечения к алкоголю. С. Г. Жислин объяснил вторичностью симптома по отношению к этому влечению в структуре абстинентного синдрома. Даже в начале рецидива, когда еще нет признаков похмелья, а количественный контроль уже утрачен, патологическое влечение к алкоголю можно объяснить условно рефлекторной связью с бывшим ранее во время похмелья крайне интенсивным влечением к алкоголю, сравнимым лишь с основными витальными влечениями.

И. В. Стрельчук (1973) рассматривает утрату количественного контроля (потерю чувства меры) как самостоятельный вариант патологического влечения к алкоголю. Тем не менее он постоянно подчеркивает условность отделения утраты контроля от патологического влечения к алкоголю в целом, и не дает сколько-нибудь подробного описания этого клинического феномена. Особую интенсивность патологического влечения к алкоголю в опьянении И. В. Стрельчук объясняет тем, что в этом состоянии «интерорецепторы посылают импульсы в кору и подкорковые отделы и растормаживают угашенное болезненное влечение к алкоголю». Утрата количественного контроля — вторичный по отношению к влечению признак зависимости.

E. Jellinek вкладывал в понятие «утрата контроля» несколько иной, более широкий смысл, чем авторы большинства современных клинических описаний алкоголизма. По существу под утратой контроля он подразумевал общий механизм поддержания во время запоев постоянного выраженного опьянения больными с так называемым гамма-алкоголизмом. Из этого понятия не исключалось и стремление больных купировать с помощью алкоголя абстинентные расстройства. Ссылаясь на аналогичные формулировки утраты контроля в материалах, выпускаемых обществом «анонимных алкоголиков», а также на описание этого феномена в работах ряда специалистов, E. Jellinek в 1960 г. писал, что утрата контроля характеризуется, видимо, незначительными похмельными симптомами в присутствии алкоголя в крови и невозможностью достичь эйфории, которая продолжалась бы более нескольких минут.

Таким образом, в соответствии с описанием E. Jellinek больной в результате утраты контроля балансирует между выраженным опьянением и появлением похмельных симптомов. Патологическое влечение к алкоголю при утрате контроля имеет во время запоя особую динамику: вначале

усиливается и приводит к увеличению доз алкоголя и все более и более выраженному опьянению и, наоборот, истощается к концу запоя, когда больной уже не в силах больше пить. Затем больной на некоторое время может прекратить употреблять алкоголь («перейти в вагон для некурящих»). Влечение к алкоголю в это время либо отсутствует, либо незначительно, но феномен утраты контроля появляется снова и с прежней неотвратимостью. Эти особенности отличают «утрату контроля» от «неспособности воздержаться» от алкоголя, при которой нет периодического нарастания доз и выраженного опьянения: больные ежедневно употребляют алкоголь, не утрачивая способности контролировать его количество. Однако эти лица, в отличие от больных с утратой контроля, не могут перестать пить даже 1—2 дня, так как в этом случае появляются выраженные симптомы абстиненции.

В отечественных классификациях утрата количественного контроля понимается значительно уже, лишь как неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, ограниченного одним днем. Основное значение придается потребности в опохмелении, связанной с абстинентным синдромом. Следует отметить, что E. Jellinek специально коснулся иных трактовок утраты контроля, обозначающих скорее «отход от социальных правил относительно количества, времени, поводов и места выпивок», чем феномен, который имел в виду он сам. Тем не менее содержание термина «утрата контроля», проделав значительную эволюцию, сохранилось, особенно в отечественной литературе, скорее измененным (суженным), чем таким, какое имел в виду E. Jellinek.

При выделении клинических разновидностей данного феномена по тяжести А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) предлагают использовать следующие дифференциальные признаки. Во-первых, в состоянии опьянения патологическое влечение к алкоголю (как и в любых других случаях) может проявляться в легкой (обсессивной) и тяжелой (компульсивной) формах. Во-вторых, авторы вводят понятие «утрата ситуационного контроля». В большинстве случаев утрату количественного контроля можно расценивать как более легкий, а утрату ситуационного контроля — как более тяжелый вариант одного и того же клинического явления. Утрата ситуационного контроля хронологически совпадает с развитием алкогольной деградации личности.

А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973), приводя данные Н. В. Конторовича (1954), связывают также утрату количественного контроля с дозой, после которой больной уже не может контролировать употребление спиртных напитков. По мере прогрессирования алкоголизма эта (так называемая критическая) доза, постепенно снижается.

Говоря о диагностической ценности симптома утраты количественного контроля, необходимо отметить, что при распознавании алкоголизма на ранних этапах из двух вариантов патологического влечения к алкоголю — первичного влечения и вторичного с утратой контроля — именно утрата контроля является у многих больных наиболее важным диагностическим критерием. Кроме того, утрата контроля играет важную роль в развитии рецидивов, когда злоупотребление алкоголем из контролируемого становится бесконтрольным и «срыв» переходит в рецидив.

Симптом утраты количественного контроля получает клиническую ценность только при попытке вскрыть его генез. Такие попытки делались при сравнении двух групп больных. В одной группе (гамма-алкоголизм) этот симптом был выражен резко, в другой (дельта-алкоголизм) незначительно. Многие авторы полагают, что важнейшее место занимают культуральные факторы и преобладающий вид спиртных напитков [Jellinek E., 1960; Pittmen D., 1967; Feuerlein W., 1975, и др.].

Оказалось, что гамма-алкоголизм чаще наблюдается у того, кто до формирования заболевания предпочитал крепкие спиртные напитки, причем микросоциальные традиции «санкционировали» эпизодическое употребление больших доз алкоголя (например, пьянство «конца недели»). Такие обычаи существуют в США, Канаде и некоторых других странах. Дельта-алкоголизм обычно развивается у лиц, в преморбидном периоде предпочитавших слабые напитки, либо крепкие напитки в небольших дозах, хотя, возможно, и прибегавших к ним ежедневно во время еды. Эта манера употребления спиртных напитков характерна для Франции и некоторых других стран.

H. Walton (1968) чаще обнаруживал этот симптом у больных с эмоциональной неустойчивостью, зависимостью от окружающих и инфантилизмом.

С учетом всех приведенных выше соображений можно предложить следующее описание клинических вариантов данного симптома.

1. Симптом патологического влечения в опьянении со снижением количественного контроля. Вслед за начальными дозами алкоголя и легким опьянением возникает желание продолжить выпивку, однако социально-этические препятствия заставляют ее прекратить.

2. Симптом патологического влечения в опьянении с утратой количественного контроля Определенная, так называемая критическая доза алкоголя индивидуальная в каждом конкретном случае, обусловливает неодолимое влечение продолжить выпивку. Имевшие прежде значение этические и социальные моменты уже не становятся препятствием к ее осуществлению

3. Симптом патологического влечения в опьянении с утратой количественного и ситуационного контроля. Любая (даже незначительная) доза алкоголя, которая может и не вызывать опьянения, приводит к неодолимому влечению к алкоголю; больной добывает его любыми средствами, пренебрегая принятыми нормами в отношении времени и места употребления спиртных напитков.

Абстинентный синдром

Абстинентный синдром — симптомокомплекс соматических, неврологических и психопатологических расстройств, возникающих при прекращении употребления алкоголя или снижении его доз, причем прием спиртных напитков (опохмеление) на некоторое время устраняет или смягчает указанные расстройства. Такой смысл вкладывают в это понятие отечественные специалисты, в частности, С. Г. Жислин (1931, 1934, 1965). Как отмечалось выше, в структуре абстинентного синдрома проявляется один из вариантов вторичного патологического влечения к алкоголю — стремление к опохмелению.

Понимание абстинентного синдрома, или синдрома лишения алкоголя (англ. withdrawal syndrom), специалистами различных стран мира почти одинаково, хотя при его определении используются разные формулировки. Так, по определению M. Gross (1978), синдром лишения алкоголя — это набор специфических расстройств при резком уменьшении употребления алкоголя у больных алкоголизмом. В их основе лежат кумулятивные процессы, которые развиваются при поддержании в течение определенного времени достаточно высоких концентраций алкоголя в крови.

Еще К. Бриль-Крамер (1819), а в последующем M. Huss (1852), K. Bonhoeffer (1901), Ф. Е. Рыбаков (1917) и другие авторы описывали основные признаки абстинентного синдрома, возникающие или усиливающиеся у больных алкоголизмом при прекращении употребления алкоголя. Как отмечает S. Wieser (1966), в последующем, однако, наука пошла «по ложному пути», делая принципиальные различия между абстинентными состояниями у наркоманов и острыми состояниями у больных алкоголизмом с разнообразными психопатологическими и соматическими расстройствами, не связывая их развитие с лишением алкоголя. Это суждение не относится к отечественной психиатрии, поскольку С. Г. Жислин в 1929 г. описал абстинентный синдром и оценил его диагностическую роль так же, как это было сделано значительно позже зарубежными специалистами.[1]

[1] С Г. Жислин в 1929 г сделал на заседании Московского общества невропатологов и психиатров доклад по абстинентному синдрому, опубликованный в 1931 г

M. Victor, R. Adams (1953) первыми за рубежом дали подробное описание абстинентных явлений у больных алкоголизмом.

После некоторых поздних работ С. Г. Жислина (1965) значение абстинентного синдрома несколько переоценивали, особенно положение о том, что он является единственным достоверным признаком алкоголизма. Работы И. В. Стрельчука (1973) и некоторых других авторов позволили более точно определить роль этого важного нарушения в диагностике алкоголизма. Было установлено, что для первой стадии алкоголизма абстинентные явления нехарактерны, их целесообразнее рассматривать как признак перехода от I ко II стадии. Благодаря работам Н. В. Удинцевой-Поповой (1963), И. В. Бокий и И. П. Лапина (1976) и др. был уточнен ряд вопросов структуры и динамики абстинентного синдрома, а также факторов, обусловливающих возникновение тех или иных его клинических вариантов.

С клинических позиций наиболее важны два подхода к абстинентному синдрому при алкоголизме. При первом абстинентный синдром рассматривается с точки зрения его структуры, при втором — с точки зрения динамики состояния после прекращения употребления алкоголя. Наиболее распространенный структурный подход подразумевает разделение всех расстройств абстинентного синдрома на соматические и психопатологические. Так, Н. В. Удинцева-Попова (1963) делит симптомы абстиненции на вазомоторно-вегетативные и психические (с нарушениями сна), А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) — на соматовегетативные и психические, И. В. Бокий и И. П. Лапин (1976) — на соматовегетативные и психоневрологические. В числе соматических расстройств чаще всего называют чувство разбитости, тяжесть в голове, головную боль, головокружение, потливость, озноб, тремор, отсутствие аппетита, неприятный вкус во рту, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, запор, диарею, сердцебиение, боли в области сердца, повышение или понижение артериального давления, жажду, учащение мочеиспускания. Из психопатологических нарушений часто встречаются: истощаемость, раздражительность, апатия, тревога, подавленность с витальной окраской или дисфоричностью, аффективные расстройства, обсессивно-фобические, истерические, паранойяльные нарушения, рудиментарные слуховые галлюцинации, гиперестезия, нарушения сна, судорожные припадки, преходящие интеллектуально-мнестические нарушения, патологическое влечение к алкоголю.

Существуют также классификации с более подробным делением симптомов абстиненции. Так, R. Johnson (1961) делит симптомы абстиненции на 5 групп: гастроинтестинальные (отсутствие аппетита, тошнота, рвота, диарея), психомоторные (тремор, судорожные явления), нарушения восприятия (гиперакузия, парестезии), другие психопатологические (общее беспокойство, нарушения сна), кардиоваскулярные и вегетативные (потливость, повышение артериального давления, тахикардия) расстройства. Сходную классификацию использует W. Feuerlein (1975). Он выделяет в структуре абстинентного синдрома два подсиндрома — соматический и психический. Соматический подсиндром разделяется еще на неврологические, вегетативные и гастроинтестинальные нарушения. Психический подсиндром включает в себя страх, галлюцинации, раздражительность, нарушения памяти и сна.

Однако такие более дробные клинические схемы на практике использовать трудно, так как многие симптомы могут одновременно относиться к двум видам расстройств. Например, нарушения сердечного ритма часто бывают следствием как изменений вегетативной нервной системы, так и кардиопатии, а тремор можно отнести как к вегетативным, так и к неврологическим расстройствам. Удобнее деление абстинентных расстройств на соматоневрологические и психопатологические.

Рядом авторов сделаны попытки разделить на группы психопатологические расстройства, имеющие место при абстинентных состояниях. Так, И. И. Лукомский (1970) приводит следующие типы психопатологических расстройств при абстиненции: дистимический, депрессивный, астенодепрессивный и характеризующийся тревожно-параноидной установкой. В соответствии с классификацией И. Г. Уракова и В. В. Куликова (1977) можно выделить разновидности абстинентного синдрома с преобладанием неврастенических, астенодепрессивных и дисфорических психопатологических расстройств.

В структуре абстинентного синдрома при алкоголизме обнаруживаются самые разнообразные психопатологические нарушения, встречающиеся при других психических заболеваниях преимущественно в рамках пограничных состояний. Астенические расстройства представлены раздражительной слабостью, причем (в отличие от невротических синдромов) они носят характер соматической астении и сопровождаются выраженной истощаемостью, неспособностью концентрировать внимание, понижением работоспособности, обильными вегетативными симптомами. Аффективные расстройства, как правило, неглубоки, легко обратимы, имеют выраженный тревожный оттенок и могут сопровождаться фобиями с конкретно-житейским содержанием, а также крайне поверхностными, нестойкими идеями отношения и обвинения в рамках описанной С. Г. Жислиным (1965) тревожно-параноидной установки. Пониженное настроение иногда характеризуется не тревогой, а апатией или даже тоской при витальных вариантах депрессивных расстройств. Иногда

— Гайе — Вернике — Корсакова 247
— дисмнестический 254
— дрожания см. *Делирий без делирия*
— Кандинского — Клерамбо 153, 287
— корсаковский см. *Синдром амнестический*
— лишения алкоголя см. *Синдром абстинентный*
— Маркиафавы — Биньями 257
— похмельный 65
— псевдоэнцефалопатический 250
— судорожный, терапия 311
Сирепар 356
Система Братта 360
Склероз ламинарный корковый см. *Болезнь Мореля*
Служба наркологическая в районе 378
—— основы медико-юридические и организационные 375
—— структура 375, 376, 377
Смесь поляризующая 357
— Попова 358
— рвотная 323
Сознание, помрачение сумеречное 42, 46
Сомнамбулизм 345
Сснопакс см. *Тиоридазин*
Сопор алкогольный, терапия 310
Спирт этиловый см. *Алкоголь*
Средства аверсионные 322
— сенсибилизирующие 325
Стационар дневной наркологический 382, 390
Стрихнин 336
Ступор алкогольный см. *Галлюциноз острый с расстройствами ступорозными*
— апатический 250
Стрельчука классификация 67
Субстанция Ниссля 297
Сульфозин 318, 341
Суханова классификация 65
Сухой закон 361
Сыворотка Богомольца 336
— цитотоксическая антиретикулярная нативная см. *Сыворотка Богомольца*

Тазепам см. *Оксазепам*
Ташена исследование 52
Теория гомеостаза 115
Терален 320, 332, 333
Терапия инфузионно-трансфузионная 311
— разгрузочно-диетическая 337
— условнорефлекторная 321
Термопсис 323
Тетрагидроизохинолины 222
Тетурам 155, 175, 187, 325, 339
— действие побочное 326
Тиамин 314
Тизерцин см. *Левомепромазин*
Тимонейролептики 332
Тиоридазин 320, 332, 333, 339, 340
Толерантность 98
— изменение 98
Трава богородская см. *Чабрец*
Тренировка аутогенная 348
Триоксазин 332
Триптизол см. *Амитриптилин*
Трифтазин 333
Трихопол см. *Метронидазол*
Труксал см. *Хлорпротиксен*

Унитиол 316
Участок наркологический 385

Фактор редукции см. *Редукционная масса тела*
Фельдшер-нарколог 388—390
Феназепам 319
Фенамин 308
Фенобарбитал 352
Физиотерапия 337
Флагелляция 37
Флагил см. *Метронидазол*
Фонемы 265
Формула(ы) Видмарка 27, 49, 53
— Jellinek 16
Фуразолидон 328
Фуросемид 310, 354—356

Хинозол 57
Хлордиазепоксид 311, 319
Хлопротиксен 320, 332

Циамид 328
Цикл Кребса 215
Циклодол 321
Цирроз печени алкогольный 15, 141, 257 298
———— декомпенсированный 142
———— компенсированный 142
— — — смертность 4
———— у женщин 171
Цититон 311

Чабер боговый см. *Чабрец*
Чабрец 324
Чечетта классификация 64
Чувствительность болевая и температурная, снижение 148

Шоймоша модификация 51

Эйфория 100, 119
Эксгибиционизм 37
Экспертиза алкоголизма 365
— алкогольной интоксикации на трупе 53
— опьянения 47
—— акт освидетельствования 49
—— направление 49
— судебно-психиатрическая 365
— трудовая 368
Элениум см. *Хлордиазепоксид*
Эметин 322, 323
Энтероколит алкогольный 145
Энцефалопатия(ии) алкогольная 112, 226, 246
—— Гайе — Вернике 238, 247, 250, 254, 256—258, 290, 296, 297, 347
———— у женщин 172
—— Джоллифа 258
—— Маркиафавы — Биньями 257
———— патогенез 301
—— острые 249
———— терапия 357
—— патогенез 300
—— с картиной бери-бери 259, 260
Эпилепсия алкогольная 227, 295
Эспераль 328
Этаперазин 333, 340
Эуноктин см. *Нитразепам*
Эуфиллин 354, 355
Юмор алкогольный 114, 291

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. **Медицинские и социальные аспекты алкоголизма** 3
Алкоголизм и металкогольные заболевания как медицинская проблема. *Г. В. Морозов* 3
Алкоголизм и металкогольные заболевания как социальная проблема. *Г. В. Морозов* 10
Эпидемиология алкоголизма. *И. Г. Ураков* 14

Глава II. **Острая интоксикация алкоголем** 21
Фармакокинетика алкоголя. *П. П. Ширинский, В. В. Томилин* 21
Клиника алкогольного опьянения. *Г. В. Морозов* 30
Экспертиза алкогольного опьянения. *П. П. Ширинский, В. В. Томилин* 47
Экспертиза алкогольной интоксикации при судебно-медицинском исследовании трупа. *П. П. Ширинский, В. В. Томилин* 53

Глава III. **Хроническая интоксикация алкоголем (алкоголизм)** 64
Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания. *Г. В. Морозов* 64
Клиника алкоголизма. *Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин* 75
Симптомы и синдромы при алкоголизме 75
Патологическое влечение к алкоголю 75
Абстинентный синдром 89
Симптомы, связанные с опьянением 97
Изменение формы злоупотребления алкоголем 103
Изменения личности 110
Клиническая динамика алкоголизма 125
Соматические и неврологические осложнения алкоголизма 138
Соматические осложнения алкоголизма 139
Заболевания печени 139
Заболевания поджелудочной железы 143
Заболевания желудочно-кишечного тракта 144
Заболевания сердечно-сосудистой системы 145
Изменения крови при алкоголизме 147
Изменения кожных покровов при алкоголизме 147
Неврологические осложнения алкоголизма 147
Сексуальные нарушения при алкоголизме 149
Симптоматический алкоголизм. *Н. Г. Шумский* 149
Алкоголизм у женщин. *Н. Г. Шумский* 162
Возрастные аспекты алкоголизма. *М. Д. Пятов, Н. Г. Шумский* 176
Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте 176
Алкоголизм у пожилых людей 185
Ремиссии и рецидивы при алкоголизме. *А. К. Качаев* 188
Ремиссии 188
Рецидивы 200
Социальные последствия алкоголизма. *И. Г. Ураков* 203
Этиология и патогенез алкоголизма. *Г. В. Морозов, И. П. Анохина* 210

Глава IV. **Металкогольные (алкогольные) психозы.** *А. К. Качаев, Н. Н. Иванец, Н. Г. Шумский* 225
Делирии 228
«Классический» делирий 229
Редуцированные делирии 234
Смешанные делирии 236
Пролонгированный (протрагированный, хронический) делирий 237
Тяжелые делирии 238
Особенности делирия в зависимости от пола и возраста 244
Алкогольные энцефалопатии 246
Острые алкогольные энцефалопатии 249
Хронические алкогольные энцефалопатии 254
Алкогольные галлюцинозы 261
Острые алкогольные галлюцинозы 262
Редуцированные острые алкогольные галлюцинозы 265
Смешанные острые алкогольные галлюцинозы 265
Острый алкогольный галлюциноз, сочетающийся с делирием 266
Подострые (протерагированные, затяжные) алкогольные галлюцинозы 267
Хронические алкогольные галлюцинозы 268
Алкогольные бредовые психозы 273
Течение, патоморфоз и прогноз металкогольных психозов 278
Атипичные металкогольные психозы 282
Атипичные острые галлюцинозы 287
Металкогольные психозы, возникающие на фоне некоторых психических и неврологических заболеваний 290
Течение алкоголизма у лиц, перенесших металкогольные психозы 293
Психопатологические состояния, возникающие при алкоголизме и металкогольных психозах или сопровождаемые алкогольными эксцессами 294
Патологическая анатомия металкогольных психозов 297
Патогенез металкогольных психозов 300
Дифференциальная диагностика 303
Глава V. **Профилактика и терапия алкоголизма** 308
Терапия острой алкогольной интоксикации. *И. Г. Ураков* 308
Медикаментозная терапия алкоголизма. *Г. В. Морозов, Н. Н. Иванец* 311
Психотерапия алкоголизма. *В. Е. Рожнов* 342
Терапия металкогольных психозов. *А. К. Качаев, Н. Н. Иванец, Н. Г. Шумский* 349
Профилактика алкогольных заболеваний. *И. Г. Ураков* 360
Глава VI. **Экспертиза алкоголизма** 365
Судебно-психиатрическая экспертиза. *Г. В. Морозов, А. К. Качаев* 365
Трудовая экспертиза. *В. П. Белов* 368
Глава VII. **Медико-юридические и организационные основы наркологической службы.** *Э. А. Бабаян* 375
Список литературы 401
Предметный указатель 422